SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 15:04).

□Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«1) La Asociación de Diabéticos del Uruguay envía nota informando sobre las actividades a desarrollar en el marco del próximo Día Mundial de la Diabetes 2017 □La mujer y la diabetes□. El derecho a un futuro saludable, para lo cual solicitan se declare de interés.

2) Solicitud de audiencia de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay y la Fundación Salud del Sindicato Médico del Uruguay, coordinada para el día de la fecha.

3) Solicitud del diputado Antonio Jácome de Brasil, de reunirse con integrantes de las Comisiones de Salud Pública de ambas Cámaras el día jueves 26 de octubre.

4) El Centro Regional de Medicina Transfusional de Maldonado y la Junta Departamental de Artigas solicitan dejar sin efecto las solicitudes de audiencia realizadas, en el entendido de que sus planteos y han sido escuchados».

□La Comisión de Salud Pública agradece mucho la presencia de la delegación del Centro de Rehabilitación Física de Maldonado □Cerema□, que fue tramitada por el señor senador Bianchi. En esta oportunidad concurre el equipo directivo y técnico, así como también pacientes del centro.

Esta vasta delegación resolvió que los encargados de hacer uso de la palabra serán Ignacio Ottavis y las doctoras Paola Straboni y Graciela Borelli.

SEÑORA STRABONI.- En primer lugar, agradecemos que nos hayan recibido. Nosotros queremos contarles qué es Cerema y qué es lo que hacemos.

Cerema es una ONG, es decir, una asociación civil sin fines de lucro. Es un centro de rehabilitación física de alta complejidad para personas con discapacidad moderada o severa que ofrece un programa de rehabilitación integral. ¿De qué hablamos cuando nos referimos a programas integrales? Son programas donde hay un equipo interdisciplinario en el que trabajan conectados fisioterapeutas, fisiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y asistentes sociales. En fin; es un equipo que se ha formado en estos siete años de vida que lleva Cerema para trabajar con discapacidades complejas.

Cerema atiende a pacientes mayores de 15 años, es decir, trata la discapacidad en adultos. Destacamos este aspecto porque el 90 % de los discapacitados en Uruguay son adultos y Cerema es el único centro de rehabilitación en nuestro país que ofrece este tipo de rehabilitación integral para adultos, no hay otro. Principalmente atendemos tres tipos de patologías: las lesiones medulares, los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos encefalocraneanos; estas son las más frecuentes,

pero hay otros tipos de discapacidades de las que también nos ocupamos. Hay dos picos de franjas de edades: una va de 20 a 29 años, y la otra cerca de los 60 años.

El 70 % de los pacientes que atendemos son de Maldonado, y el 30 % son del resto del país. En la medida en que el centro se ha hecho conocido en estos años han venido pacientes de otros departamentos que se han enterado de Cerema, por lo que atendemos pacientes de todo el país. También queremos destacar —porque para nosotros es muy importante— que el 52 % de los pacientes que atendemos es de ASSE y el 48 %, de instituciones privadas.

Dentro del trabajo de Cerema destacamos la policlínica de espasticidad, que es referente a nivel nacional, porque los pacientes que provienen tanto del sector público como del privado se realizan un tratamiento con toxina botulínica. Asimismo, queremos destacar que se han hecho jornadas de formación para los profesionales y talleres para instituciones educativas en campañas de prevención de accidentes de tránsito. Es decir que se trabaja en formación, docencia e investigación.

Hoy por hoy Cerema tiene dificultades económicas muy importantes y no sabemos cuánto tiempo va a seguir abierto porque no tenemos una solución al grave problema económico que está transitando la institución.

Quería dar una idea de lo que es Cerema, y luego ampliarán mis compañeros.

SEÑOR OTTAVIS.- Me llamo Ignacio Ottavis, tengo parálisis cerebral, soy argentino y cuando vine de mi país me encontré con que en Uruguay no había ninguna institución donde se hiciera un tipo de rehabilitación integral, sino que tenía que concurrir a cada terapia que brindara la mutualista. Entonces, ¿qué pasa? Por ejemplo, en el tema de la fisiatría los gimnasios son muy pequeños, los fisioterapeutas no están dedicados solamente a uno sino que atienden a tres pacientes a la vez. Esto implica que la rehabilitación que pueden brindar no sea la adecuada, porque si bien indican un ejercicio y uno lo hace, de pronto se hace mal y no sirve para nada. Entonces, es muy importante tener un fisioterapeuta que pueda dedicar al paciente todo el tiempo necesario.

Otra cosa a tener en cuenta es que las mutualistas indican distintas terapias que implican la rehabilitación integral, pero están todas separadas, cada una va por su lado, no se comunican entre ellas, y muchas veces hay barreras arquitectónicas para acceder a los lugares donde se realizan dichas terapias. En cambio, en Cerema eso no existe, sino que justamente todo está preparado para atender discapacidades y no tiene las barreras arquitectónicas que existen normalmente en cualquier lugar.

En Cerema también se brinda algo muy importante, como es la hidroterapia, que para los paralíticos cerebrales —como en mi caso y en el de otras discapacidades— implica que la espasticidad baje un montón en ese tiempo y entonces el trabajo que después uno puede realizar en el gimnasio es mucho más provechoso, pues ahí se necesitan veinte o treinta minutos solamente para aflojar y queda poco tiempo para hacer todo lo otro. En las mutualistas son solo treinta o cuarenta y cinco minutos, mientras que en Cerema el paciente dispone de una hora con el fisioterapeuta que lo atiende solamente a él y está pendiente de todo. Si bien se dice que el trabajo del paciente para poder levantar su potencial en la rehabilitación es de un sesenta por ciento y el de los técnicos de un cuarenta por ciento, necesitamos que dichos técnicos nos den el cien por ciento, es decir que estén solamente atentos al paciente y se mantengan al tanto de lo último en tratamientos físicos porque, de lo contrario, no sirve para nada. Es muy importante la unión entre ellos para que el trabajo apunte a un solo objetivo, porque si en los distintos tratamientos cada uno aplica la técnica que sabe y tiene objetivos diferentes, no se produce el rendimiento que uno necesita. Básicamente es eso.

SEÑOR PRESIDENTE.- Aprendimos mucho de eso.

SEÑOR OTTAVIS.- Algo más. Cuando llegué a este país con diez años empecé a preguntar sobre terapia ocupacional y no se sabía lo que era; me dijeron que era muy chico para acceder a ella porque lo relacionaban con el tema del trabajo. Eso no tiene nada que ver, porque la terapia ocupacional tiene que ver con las cosas cotidianas: levantarse, cepillarse los dientes, bañarse, vestirse, comer, etcétera.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Aprendí otra cosa más.

SEÑORA BORELLI.- En primer lugar, ustedes se preguntarán por qué estamos aquí y es porque, en realidad, la rehabilitación nunca ha estado en la agenda pública. Se han llevado a cabo un montón de acciones, ya que Uruguay ha ratificado convenios internacionales, pero tiene una muy buena ley de protección integral de la persona con discapacidad que ha sido aprobada en el año 2010 y aún no ha sido reglamentada.

Cerema tiene siete años de antigüedad y su creación fue iniciativa del anterior Gobierno departamental. Durante muchos años fue financiada en un alto porcentaje por el Gobierno departamental de Maldonado, otra parte por acciones de solidaridad y entre un 10 % y un 15 % por aportes de los pacientes. En el caso de estos últimos el trabajador social define, de acuerdo con los ingresos, cuánto puede pagar la persona.

La rehabilitación es cara en nuestro país y en todo el mundo. De hecho, es muy difícil definir cuán cara es porque no se puede medir cuánto gasta el paciente no rehabilitado. Se puede medir cuánto cuesta tratar una úlcera o determinado tipo de complicaciones, pero no se puede medir cuánto se pierde en calidad de vida, en trabajo, en la persona que lo cuida y demás. Nosotros formamos parte del único centro del país con un nivel terciario que atiende adultos. Es decir que tenemos un equipo profesional multidisciplinario que trabaja en el centro, con la tecnología adecuada y en un ámbito acorde, aunque se necesita mayor desarrollo.

En este momento estamos pasando importantes dificultades desde el punto de vista económico porque el aporte que viene de la Intendencia ha sido mucho menor y se ha hecho en forma irregular. El 52 % de los pacientes que atendemos son de ASSE, por lo que no tienen posibilidades económicas; hay pacientes que no pagan nada y hay pacientes que pagan un porcentaje, aunque nunca es el cien por ciento de lo que significa el costo del tratamiento del Cerema.

Como decía, tenemos un marco jurídico nacional muy importante que es la ley de protección integral, pero aún no ha sido reglamentada del todo. Creemos que la ley es muy buena porque conceptualmente contiene todos los elementos que hay que tener en cuenta para lograr una inclusión social. Pero si hay un capítulo que es débil es el de la salud, porque si una persona que padece una cuadriplejia, una lesión medular, un traumatismo de cráneo encefálico, un *stroke* o una hemiplejia no hace una buena rehabilitación en la etapa médica, difícilmente pueda incluirse socialmente. Y nuestro país eso no lo da. Si bien el Sistema Nacional Integrado de Salud considera la rehabilitación y la Ley n.º 16851 contempla la rehabilitación en su capítulo de salud, allí se establece que los prestadores tienen obligación de orientar e informar a dónde debe ir el discapacitado. Si alguno de los señores senadores que son médicos ha tratado alguna vez a un cuadripléjico, a un parapléjico o a una persona con traumatismo cráneoencefálico, sabe que la rehabilitación no significa enviarlo a fisioterapia. En definitiva, eso es lo que tiene la canasta del PIAS.

Para nosotros es bien claro que todos tenemos aspiraciones legítimas y el presupuesto no da, pero la ley —tanto la del SNIS como esta— obliga al Estado a llevar a cabo acciones concretas. En resumen, se generó esto, se está trabajando muy bien y se dan respuestas que son necesarias, por lo que hoy no podemos dejar que se pierda.

Entonces, en primer lugar venimos para que los señores senadores tengan en cuenta que la rehabilitación es un debe en nuestro país.

En segundo término, dado que el Programa Nacional de Discapacidad pasó a estar en la órbita del Mides, queremos saber a través de los señores senadores —si fuera posible— en qué está la ley en cuanto a su reglamentación. He leído en Internet que una diputada —creo que Alonso— pidió informes, pero de eso hace ya un año y medio. Había muy poco reglamentado al respecto.

Como centro terciario que no puede dejar de existir, hacemos prestaciones que no están dentro del PIAS y tampoco sabemos si se hizo algo desde el Programa Nacional de Discapacidad, que dice la ley que debe instrumentarse entre el Mides y el Ministerio de Salud Pública.

Entonces, nunca vamos a poder hacer rehabilitación de nivel terciario e incluirla dentro de las prestaciones básicas si no hay un programa nacional de rehabilitación.

Esta es una invitación para que los señores senadores vengan a nuestro centro para ver lo que se hace y cómo se trabaja y, por otro lado, es una solicitud para que nos informen acerca de qué está pasando con la ley de 2010 y sobre qué podemos trabajar para que nuestros servicios —estamos atendiendo una demanda que es real y necesaria— puedan incluirse, en algún momento, dentro de las prestaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero hacer una consulta. La semana pasada estuve en Casa de Gardel y quisiera saber qué diferencia tienen con ese centro.

SEÑORA BORELLI.- La Casa de Gardel depende de ASSE y, justamente, ha tenido un declive enorme desde su pasaje del Ministerio de Turismo y Deporte a ASSE. Estamos hablando de un centro secundario.

A nivel internacional está bien definido lo que es la atención primaria, secundaria y terciaria en rehabilitación, pero en nuestro país no hay nada de eso, solamente existen acciones dispersas, disgregadas. La Casa de Gardel vendría a cumplir el papel de un centro de referencia. Nosotros somos un centro terciario, con tecnología y profesionales, y después hay centros de referencia —que pueden ser de nivel secundario— para los pacientes, como podría ser Casa de Gardel. Allí se llevan a cabo acciones de fisioterapia a nivel primario y demás, pero estamos hablando de patologías gravemente discapacitantes y no de un dolor de espalda, de una cervicalgia o de un hombro doloroso. A veces se trata de chicos de 20 años con traumatismo de cráneo grave cuya rehabilitación puede llevar un año y medio o dos.

SEÑOR CARÁMBULA.- Quiero preguntar a nuestros visitantes qué otra gestión han hecho en este tiempo —aparte de haber venido a la Comisión de Salud Pública del Senado— en materia de recursos, para ponernos al día acerca de en qué está la gestión y la sustentabilidad actual del centro.

SEÑORA BORELLI.- Voy a decir que aquí estamos representados la directiva, los funcionarios y los usuarios. Como funcionarios también hemos ido a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes pero, sobre todo, para que se tenga en agenda el tema de la rehabilitación. Consideramos que lo que podemos pedir es que desde aquí se averigüe con el Poder Ejecutivo sobre la reglamentación de esta ley. Eso sí sabemos que pueden hacer los señores senadores.

También fuimos a la Junasa y el presidente de la comisión directiva hizo múltiples gestiones con la Intendencia de Maldonado a los efectos de asegurar un ingreso fijo, porque lo que no se puede hacer cuando tenemos este marco jurídico es vivir de la caridad. Teletón es algo que se mantiene así porque viene con un formato internacional; atiende al 10 % de las personas con discapacidad y se lleva el mayor porcentaje de dinero de solidaridad o caridad. Tenemos la suerte de haber logrado la exoneración impositiva —otro de los aportes que hace el Estado— para las donaciones, lo que es muy importante, pero estoy segura de que el señor Lladó, que es el presidente de la Comisión Directiva, podrá brindar más detalles al respecto.

SEÑOR LLADÓ.- Agradezco la oportunidad de poder explicar un poco todo esto. Cerema comenzó a funcionar con un aporte de la Intendencia de Maldonado que ascendía a $ 350.000 por mes y en aquel entonces había siete funcionarios. Durante el gobierno anterior ese monto funcionó y los días 3 o 4 de cada mes el cheque estuvo pronto para cobrar, así que Cerema estaba creciendo, los gastos se cubrían y no había problemas. Luego de empezar el nuevo gobierno, en el mes de julio, nos quedamos sin el convenio que se había firmado; las obligaciones con la intendencia se pudieron seguir

manteniendo, pero de manera irregular. Se podría decir que la vez que cobramos lo más parecido a bien, llegó con tres o cuatro meses de atraso.

El señor intendente de Maldonado nos dijo que quería desprenderse de Cerema y hace aproximadamente quince días mantuvimos una reunión con el secretario general y con el director de vivienda, quienes afirmaron que la Intendencia seguía con esa idea, que no iba a abandonar el centro, pero que deseaba fijar plazos. En esa reunión también estuvieron presentes el doctor Lacuague, por parte del Ministerio de Salud Pública, y la doctora Otermin, directora departamental de salud, quienes plantearon su intención de realizar un estudio de costos a los efectos de fijar valores y que con el tiempo, blablablá□ Lo cierto es que con el correr del tiempo estaremos fritos.

Cerema tiene la necesidad de encontrar soluciones prácticas en cifras que para mí, que algo entiendo del esquema político porque he manejado algún que otro presupuesto en Maldonado, son ridículas. Si este centro contara, por ejemplo, con un millón de pesos todos los meses no se quejaría con nadie, pero sabemos que, aparentemente, es algo imposible de conseguir.

Al día de hoy contamos con el aporte del Ministerio de Economía y Finanzas que, a través de donaciones de empresas □cada $ 100 que aportan, reciben una bonificación de aproximadamente el 82 % y con ello pueden pagar impuestos□, nos permite llegar a la cifra de $ 1:620.000 que está aprobada para este año 2017. Esto empezó a correr desde el 1.º de julio y tenemos plazo hasta el 31 de diciembre para rescatar esas donaciones.

(Intervención de un señor senador fuera de micrófono).

□Eso sería un mes. Hay en marcha otros aspectos y estuvimos hablando con el ministro de Salud Pública, quien afirmó que, a lo mejor, cuando terminara este período de Gobierno, la ley estaría reglamentada. ¡Faltan tres años para eso! No podemos esperar tres años.

Hace dos semanas estuvimos en la comisión respectiva de la Cámara de Representantes, donde el señor representante Gallo hizo una confesión de *mea culpa* muy fuerte y prometió trabajar a fondo en este tema.

Por otro lado, tenemos colaboraciones dentro de lo que es la actividad de Maldonado, pero son montos chicos. En este momento, por ejemplo □para que tengan una idea□, estamos atendiendo a ocho personas sin que paguen nada. Si viene un paciente con problemas y no tiene cómo pagar, ¿qué hacemos? ¡Lo tenemos que atender igual! No podemos tirar a la gente a la calle. Como decía, en este momento hay ocho pacientes que no pagan y eso complica.

Asimismo, a través de un convenio que tenemos con el BPS, presentamos un programa de trabajo para la compra de maquinaria que pueda cubrir diversas necesidades. Por ejemplo, contamos con una máquina que costó USD 42.000 □una la tiene Cerema y la otra está en el Hospital Británico□, pero para conseguirla presentamos un programa al BPS con el costo, qué se iba a hacer, etcétera. Una vez que el organismo lo analiza, dice que está bien y nos hace el aporte. El año pasado nos aprobaron la compra de un guinche para poder llevar los pacientes de un lado para otro y ponerlos en la piscina. Eso costó $ 1:100.000, de lo cual presentamos la documentación, como corresponde. Quiere decir que todo lo que recibe Cerema lo vuelca a su trabajo.

SEÑORA BORELLI.- El aporte de ASSE es de 6 horas de atención por parte de un neurólogo. Al respecto, se han hecho múltiples gestiones en estos siete años. Nuestro planteo es que se atienden pacientes de ASSE que no pagan absolutamente nada. Es claro que no vamos a hablar de cápitas ni mucho menos, per sí de un aporte.

SEÑOR BIANCHI.- ¿Son 6 horas mensuales?

SEÑORA BORELLI.- Son 6 horas semanales de atención de neurólogo. Es todo el aporte de ASSE cuando el 52 % de nuestros pacientes provienen de allí.

SEÑOR LLADÓ.- Hablamos con el doctor José González para empezar a trabajar con pacientes de ASSE y que se pagara por ellos, cifras que naturalmente negociaríamos en su momento, pero resulta que el intermediario tuvo un problema y salió del tema. Por tanto lo que quedó de ese diálogo fue pedirle las sondas al director del Hospital de Maldonado y se habló de la posibilidad de realizar algún traslado en la ambulancia, combinándolo con ellos con anterioridad. Es decir, no quedó nada.

SEÑOR COMIO.- Soy licenciado en fisioterapia y funcionario de Cerema.

Para redondear el planteo que hicieron los usuarios, mis compañeros y la comisión directiva, quiero decir que en el Uruguay hay un problema que es que la persona, luego que salen del sanatorio, quedan a la deriva, sobre todo aquellas con discapacidades medias y graves.

Existe un centro que tiene siete años de experiencia y con funcionarios que trabajan con ese tipo de pacientes. Este centro está equipado con tecnología de punta pero lamentablemente algunos de los aparatos carísimos con los que contamos no son usados porque no hay dinero para repararlos.

Entonces, existe un problema que ya tiene una solución: Cerema.

Uno de los grupos de pacientes son jóvenes entre 20 y 29 años, de los cuales hay varios presentes en este momento. Sin ser economista puedo decir que son personas que si no tienen una rehabilitación integral □ya sea en Cerema o en otra parte□, no van a poder trabajar en toda su vida así como tampoco lo podrá hacer el familiar que lo cuide. Eso le exige al estado erogaciones en pensiones y demás. Como lo pueden ver hoy aquí, son chicos que pueden ser útiles a la sociedad, porque pueden trabajar y aportar sus impuestos y demás; son personas que pueden volver a reinsertarse a la sociedad como personas en su plenitud.

Nos han dicho que no conviene que se diga que puede llegar a cerrar Cerema pero los funcionarios estamos viendo que ello puede ocurrir; nunca sabemos si vamos a cobrar el mes que viene, si vamos a cobrar en fecha, si algún día vamos a poder ganar algo más de los laudos mínimos que cobramos.

Mirado de afuera podría decirse que es un problema que ya tiene solución y que no es muy costosa. Si no se hace nada, se va a perder la experiencia de las personas que trabajamos ahí, se van a perder los aparatos porque si cierra Cerema dudo de que se puedan usar en otro lado porque mucha gente no sabe operar con ellos y se va a perder también lo principal, que son las vidas de personas como las que están aquí y de tantas otras que se están atendiendo en la institución. Lo ideal sería que la experiencia de Cerema pudiera reproducirse y hubiera tres o cuatro más en todo el país. Nos enorgullecemos de la Teletón, pero □como decíamos hoy□ solo atiende a los menores de 15 años, que son el 10 % de los pacientes con discapacidad, el restante 90 % queda como a la deriva. Si nos ponemos a pensar un poquito más, cuando los pacientes cumplan 16 años no van a tener quién los atienda porque Teletón no los va a poder hacer.

Por tanto, creemos que debería usarse el sentido común para ver que hay un problema, pero ya hay una solución. Para nosotros $ 1:000.000 es mucha plata, pero a nivel macro, ese monto □que es el que se necesita para ir tirando□ no representa mucho en un presupuesto para la salud de USD 4.500:000.000. En ese sentido, quizás ustedes puedan sugerirnos ideas porque nosotros no tenemos la verdad absoluta. Muchas veces nos sentimos perdidos acerca de dónde ir a golpear y cómo conseguir la ayuda para seguir subsistiendo.

SEÑOR BIANCHI.- Realmente es exacto todo lo que se dijo acá. Primero que nada quiero felicitar a los directivos y funcionarios. Más de una vez recorrimos el centro y vimos como los funcionarios hacen mucho más que por lo que perciben el sueldo; tienen la camiseta puesta y eso hay que remarcarlo.

En este caso, el dinero es muy importante. Si sacamos cuentas, estamos hablando de unos USD 400.000 por año, no solo para mantener el centro como está, sino para tratar de proyectarlo como un centro regional que es una tarea que también cumple, porque vienen de ciudades y departamentos

cercanos a Maldonado. Creo que desde todos los partidos políticos debemos hacer un esfuerzo para apoyarlos.

En principio, como estoy varios días de la semana en Maldonado, voy a tratar de pedir una entrevista con el intendente Antía para que defina cuál va a ser la posición de la Intendencia.

SEÑORA ENCISO.- Soy la madre de Hugo Jaunarena y quiero agregar que Cerema no solamente atiende al paciente sino que es un referente para la familia. Por ejemplo, Hugo venía de trabajar el día que tuvo el accidente porque se salió la rueda de su camioneta; cualquiera puede pasar por esta situación, de la forma más insólita. Como dije, en Cerema también atienden a la familia con psicólogos y nos enseñan a lidiar con la situación. Por ejemplo, cuando sacamos a Hugo del sanatorio solamente movía sus ojos y, entre otras cosas, tenía traqueotomía. Su recuperación fue gracias a dios —en primer lugar— y al trabajo de Cerema.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a enviar la versión taquigráfica al Ministerio de Salud Pública y solicitaremos que nos brinde información sobre cuál es el horizonte de reglamentación de la ley integral de atención al discapacitado —que es verdad que está pendiente desde hace mucho tiempo— y cuál es la visión que tiene con respecto a este centro, porque es un tema relacionado con el sistema de salud. Hay una situación con el gobierno departamental, pero básicamente tiene que ver con el sistema de salud. Tengo la misma visión con respecto a la Teletón. En lo que a mí respecta nos preguntamos por qué no integra el sistema de salud y en el caso de Cerema nos hacemos exactamente la misma pregunta.

Si los demás senadores están de acuerdo, remitimos la versión taquigráfica al Ministerio para escuchar la visión de la autoridad sanitaria y, a solicitud del senador Marcos Carámbula, a la Intendencia de Maldonado.

SEÑORA BORELLI.- Les entregamos una carpeta con datos conceptuales de Cerema. No contiene datos económicos porque no los manejamos nosotros.

SEÑOR PRESIDENTE.- Familias, pacientes, equipo técnico y autoridades: muchísimas gracias por la información brindada y nos mantenemos en contacto.

(Se retira de sala la delegación de funcionarios del Centro de Rehabilitación Física de Maldonado - Cerema).

Material Cerema

(Ingresa a sala la delegación de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay y de la Fundación Salud del Sindicato Médico del Uruguay).

—La Comisión de Salud Pública da la bienvenida a la delegación de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay y Fundación Salud del Sindicato Médico del Uruguay, integrada por la doctora Cruells, los doctores Toledo y Arroyo, y el señor Barcés.

SEÑOR BARCÉS.- Lo primero que quiero decir es que vengo en representación de la Asociación de Pacientes y Afectados de Hepatitis C —Apahe—, la que ya está funcionando y pronto dispondrá de personería jurídica. Trabajamos junto con la Fundación Salud y la Sociedad de Gastroenterología, que se ocupan de los temas que venimos a plantear.

SEÑOR TOLEDO.- Represento a Fundación Salud, del Sindicato Médico del Uruguay.

Brevemente queremos decir que el año pasado estuvimos trabajando con Apahe, con la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay y con la cátedra en el tema de las hepatitis, específicamente la hepatitis C. Ese trabajo nos permitió traer experiencias de otros países y tuvimos la suerte de que viniera el presidente de la asociación de pacientes de Israel, señor Burman, un argentino que hablaba español y que compartió con nosotros su experiencia. Estuvo dos veces en el país y en esas visitas tuvimos la oportunidad de trabajar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública y con el Fondo Nacional de Recursos. Esa etapa termina los primeros días de enero de 2017 cuando el ministro, viendo todo el trabajo realizado, incorpora la nueva medicación —los antivirales directos— al Fondo Nacional de Recursos. Si se accede a la ficha del Fondo Nacional de Recursos se puede observar que la última actualización se hizo justamente en enero de 2017, incorporando una serie de medicamentos. El compromiso asumido en ese momento fue que esto se iba a rever. Es decir, se incluyen los medicamentos —la doctora hablará más extensamente de los beneficios que se obtienen con esto— con el compromiso de parte del ministro de revisar esa inclusión a los seis meses. Estaban los medicamentos adecuados para ese momento que estábamos viviendo, pero el porcentaje de pacientes que iban a poder acceder, debido a las exigencias de la inclusión, no era del todo el deseado. De todas formas, había un compromiso de revisar esto, que se cumple en estos días, por lo que estamos trabajando en conjunto para definir un plan estratégico y una nueva pauta terapéutica para presentar otra vez al Ministerio de Salud Pública. Así, podremos ver entre todos si podemos hacer una nueva incorporación, de repente no tanto de medicamentos sino en cuanto a pautas de inclusión para que otros pacientes que hoy están afectados de hepatitis C puedan incorporarse.

Ese sería en definitiva el relato de cómo empezamos con este tema y dónde estamos hoy.

SEÑOR ARROYO.- Yo colaboro con la Fundación Salud y estoy coordinando estos dos programas que nos hemos propuesto. Se trata de un programa estratégico de la situación, apoyando la realización del programa táctico que está haciendo la Sociedad de Gastroenterología y que estaría vinculado con plantear las posibilidades actuales de tratamiento y las inmediatas.

SEÑORA CRUELLS.- Quiero hablar como presidenta de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay pero principalmente como médica, pues esa es la parte más importante.

Me voy a referir a etapas anteriores a las que plantea el doctor Toledo, ya que en realidad en Uruguay nos enfrentamos a varios problemas. Uno de ellos es el del acceso a los tratamientos, pero para poder tratar tenemos que diagnosticar, y ese es el primer problema. Por otra parte, hay que saber que no podemos dar cifras porque somos un país ausente de números, o sea no sabemos cuántos afectados hay porque no hay registros. En nuestro ministerio, hasta hace un año y medio atrás, las hepatitis B y C —que son las que más nos preocupan por ser las principales causantes de enfermedades crónicas, cirrosis, trasplante de hígado y cáncer y que ocasionan la muerte— caían en una misma bolsa que las englobaba a ambas. Por eso en Uruguay no podíamos decir que se morían tantas personas por hepatitis B y tantas otras por hepatitis C, pues era imposible poder discernirlo. Esta división se hizo recién el año pasado, también un poco debido al impulso que dimos al tema y por la importancia de querer saber.

Al referirme a las hepatitis, quiero plantear dos cosas que me importan. Una es que estamos un poco olvidados de la hepatitis B pues creemos estar bien en ese tema, aunque no es así. Estamos bien en el sentido de que la vacunación universal que Uruguay ha adoptado en la última década es muy importante y en el mundo entero los impactos de la vacunación universal se miden a 20 años. Quiere decir que Uruguay va a poder ser un país libre de Hepatitis B de aquí a 20 años. Pero para eso, además, se requiere, primero, que no haya nuevos casos —que es lo que logramos con la vacunación— y, segundo, tratar los casos que ya tenemos, cosa que no logramos. Acceder al tratamiento de la hepatitis B es, simplemente, un tema de voluntades —lo planteo de esta manera—, en virtud de que la Organización Mundial de la Salud recomienda la utilización del tenofovir, droga que ya está incorporada en el Fondo Nacional de Recursos para el tratamiento del VIH SIDA, pero que cuando queremos tratar a pacientes con hepatitis B no podemos acceder porque no es un VIH, salvo que sea un coinfectado. ¿Por cuánto tiempo? En realidad, la hepatitis B, va en pérdida en ese sentido con la hepatitis C, que hoy es curable, pues aquella otra no lo es. Pero la Organización Mundial de la Salud nos demuestra que mantener tratamientos con tenofovir hasta el día de hoy en forma indefinida lleva a que no haya avance de la enfermedad, a que no se termine con cirrosis y disminuye el porcentaje de cáncer de hígado debido a que, justamente, el virus de la hepatitis B es un carcinógeno humano, tal como ha

aceptado la Organización Mundial de la Salud. Por tanto, creemos que la extensión de la indicación en cuanto al tratamiento debiera de ser relativamente fácil y urgente.

Por otro lado, creemos que se debe invertir los recursos de forma más racional en cuanto al *screening* en la mujer embarazada de la hepatitis B. Cuando un niño nace de una madre positiva por parto natural tiene chances muy altas, cercanas al 40 % o 50 %, de infectarse. De hecho, si no se realiza una profilaxis correcta, ese niño tiene chance de desarrollar una cirrosis en sus próximos cinco años de vida, y luego vamos al trasplante o al cáncer y es gente joven que le va a faltar al país. Esto lo estamos modificando gracias a la vacunación universal, pero aún tenemos casos de chicos que nacen con hepatitis. Lo que hoy por hoy se acepta en el mundo es que cuando a la madre se le determina el virus de la hepatitis B, control que en Uruguay está incorporado en el primer trimestre de embarazo, en realidad no podemos predecir en ese momento qué va a pasar con el recién nacido. Para poder predecir que el recién nacido no se enferme de hepatitis B tendríamos que hacer la determinación en el tercer trimestre porque la recomendación a nivel de la Organización Mundial de la Salud y de las guías europeas es que en el tercer trimestre se detecta una alta replicación del virus en la madre; es en ese momento que se la trata con tenofovir y la chance de infección de ese recién nacido baja de un 50 % a un 3 %, es decir, que las cifras son arrolladoras. Mi visión desde la Sociedad de Gastroenterología es que no podemos seguir sin actuar en este tema y, a nivel político, creo que podemos llegar a ser un ejemplo, porque somos un país muy pequeño.

También tenemos que tener en cuenta con respecto a la hepatitis B que nosotros tenemos la vacunación universal desde hace alrededor de una década, pero previo a eso hay un montón de gente que quedó afuera, que es la gente que se enferma y se muere. Entonces, también debiéramos de incluir a esa gente en los esquemas de vacunación. De hecho, creo que de alguna manera tendríamos que decir al cuerpo médico nacional que debiera ser obligatoria la vacunación de todos los pacientes que tengan una hepatopatía crónica desde la simple acumulación de grasa hasta la hepatitis crónica o a la cirrosis. Pero esto no se ve porque parece que no tiene sentido malgastar recursos para quien ya tiene el virus. Insisto que esta es una práctica que se hace y se recomienda en el mundo entero. Es decir que todavía tenemos cosas pendientes en la hepatitis B que no son tan difíciles de alcanzar con lo que hoy tenemos.

En cuanto a la hepatitis C, la situación es diferente, porque tenemos nuevos tratamientos que ofrecen tasas de curación cercana al cien por ciento y en períodos muy cortos que van de 16 a 24 semanas de tratamiento. Para hacer el tratamiento tenemos que seguir una serie de pasos diagnósticos, es decir, que lo primero que tenemos que hacer es diagnosticar y ahí Uruguay está en falta. ¿Por qué estamos en falta? Porque en el mundo entero —incluido cruzando el charco, en Argentina, que desde el año 2013 aplica esto con recursos parecidos a los que en ese entonces podíamos acceder nosotros— se estableció que por lo menos una vez en la vida del ser humano había que hacer el análisis para determinar la presencia del virus de la hepatitis C porque si uno no detecta la infección no sabe que el individuo está enfermo, y cuando nos enteramos que lo está es porque ya no tiene hígado, ya que se trata de una enfermedad silente, es un asesino silencioso, la enfermedad cursa a bajo ruido; de hecho esto acontece con el 80 % de las personas.

Todo esto desde la mirada del individuo; ahora, si lo miramos como sociedad hay que tener en cuenta lo siguiente: si yo no sé que estoy enfermo tampoco sé que estoy contagiando, por lo tanto, la responsabilidad que tengo frente a mis pares es muy alta, pero tengo que tener la chance de ser responsable y eso tampoco lo estamos teniendo. Ergo, una de las cosas que creemos que es importante es la determinación, por lo menos una vez en la vida, del virus de la hepatitis C en personas que no son teóricamente de riesgo, porque de riesgo somos todos.

¿Cómo sigo luego de hacer el diagnóstico? Tengo que saber si realmente tengo virus replicante, para eso las PIAS ya dejaron de cubrirme, por lo tanto tengo que tener dinero. ¿De cuánto hablo? De $ 2.800 a $ 6.000 dependiendo del lugar, para que me digan: «Sí, efectivamente usted tiene un C positivo y además está contagiando». Esto en cuanto a la relación con la sociedad pero, ¿eso alcanza? No; porque una vez que dijimos que tiene la infección tenemos que decir qué tipo de virus tiene, el genotipo, porque hay variantes dentro del virus. ¿Cuánto sale un genotipo que tampoco lo cubrimos con las PIAS? Cuesta $ 20.000, o sea que vamos sumando y llegamos a $ 25.000. Luego tenemos el diagnóstico de infección: tengo que saber cuán enfermo está ese individuo. ¿Cómo lo sé? Le hago una biopsia o un Fibroscan. En el mundo ya nadie discute que la biopsia en estos pacientes

no está indicada porque tenemos técnicas no agresivas que permiten ver el estadio de la enfermedad y saber si el paciente es candidato a un trasplante de hígado. Hoy en Uruguay nos damos el lujo de dejar que lleguen al trasplante y si yo lo curo no es necesario; hablar de trasplante implica pensar en USD 100.000. No estamos hablando de tratamientos de menos de $ 25.000 ni $ 10.000 como supondría el uso de un Fibroscan que no tiene riesgo, no requiere internación y tampoco técnica porque el aparato prácticamente dice todo y el costo de un equipo anda en el orden de los USD 150.000, es decir que no estamos hablando de algo inaccesible para un país como el nuestro.

Por otra parte, hace dos años atrás la Organización Mundial de la Salud firmó y pidió a sus filiales, entre las que estuvo nuestro país, firmar un documento en el cual existía un compromiso de llegar al año 2030 como un país libre, un mundo libre de hepatitis y el «libre» no quiere decir que tratemos a todos, sino que por lo menos el 80 % o 90 % de las personas infectadas hayan sido atendidas.

Resumiendo, tenemos dificultades de acceso al diagnóstico —no accedemos a menos que lo busquemos, pero no podemos buscarlo en forma obligatoria—; a saber cuán enfermo estoy; a la responsabilidad de decir: «Si tengo el virus tengo que saberlo porque puedo contagiar»; y de acceso al tratamiento, porque desde hace 6 años —en el 2011— comenzaron los nuevos tratamientos por vía oral. Hasta ahora, en el mundo, se venía utilizando interferón ribavirina, pero ya es mala palabra, sin embargo en las guías que tiene nuestro país desde marzo de este año la primera opción terapéutica es el interferón ribavirina. Esto significa que el individuo tiene un 40 % de chance de curarse y también de que se reactive el virus, de que la enfermedad reaparezca, por lo tanto, termina en el trasplante, pero ahí no se acaba el tema porque el 80 % de los trasplantados a los 5 años vuelven a estar infectados. Entonces, ¿qué hago? ¿Los trasplanto de vuelta? ¿Otra vez se gastan más de USD 100.000 en ese enfermo más toda la angustia que se genera y la pérdida laboral porque todo esto implica, además, el cese de la productividad?

Creo que con esto que venimos charlando nos estamos quedando muy atrás. Si de acuerdo con los datos de los Bancos de Sangre uno estima que tenemos entre 39.000 y 50.000 uruguayos que pueden estar infectados por ahí sin saberlo y, por tanto, probablemente infectando, me planteo si quiero tratar a esa gente y, por ende, hacerme un plan. Entonces, puedo decir: en un país de tres millones de personas en el que supuestamente tengo a treinta mil infectados, si de aquí al 2030 me propongo tratar a 2000 o a 3000, ¿en el 2030 no se puede llegar a tener un país con un ochenta o noventa por ciento de personas tratadas y curadas de hepatitis? ¡Creo que sí! Entonces, puede ser el mayor orgullo para cualquiera de nosotros que un paisito como el nuestro pueda decir, capaz que antes, «fuimos los primeros en el mundo en tener un país libre de hepatitis C», que además lo firmamos con la Organización Mundial de la Salud. Esto no tiene banderas políticas porque detrás hay gente; creo que tendría que ser un compromiso de todos los partidos. Lo veo de esta manera.

Desde la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay podemos decir que venimos trabajando en esto; que, de hecho, nuestro ministerio difícilmente pueda hacer cosas si no genera una unidad de hepatitis. Sobre las hepatitis virales firmamos un papel con la OMS y ¡ni siquiera están dentro de las metas de salud para los próximos cuatro años! ¿Cómo las vamos a cambiar entonces? ¿Por qué firmamos si no vamos a hacer nada? Creo que en eso estamos en deuda.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias, profesora.

Nosotros quedamos con esta afirmación, que es muy fuerte pero para nosotros es eso, información, y la procesaremos. Tenemos como hábito remitir estas cosas al Ministerio de Salud Pública que, en definitiva, es la autoridad sanitaria.

SEÑOR ARROYO.- Justamente, quiero destacar que todo lo que la profesora propone desde el punto de vista técnico y con el conocimiento de su especialidad es a lo que estamos tratando de darle forma y de plantear soluciones al ministro, en una primera instancia, en lo que hace a la estrategia y la táctica.

SEÑOR BARCÉS.- A modo de información quiero agregar que fui tratado con los nuevos medicamentos y apenas tuve un mínimo dolor de cabeza en los tres meses de tratamiento. No tuve que faltar a trabajar ni tuve inconvenientes de salud extras, mientras que con el otro tratamiento anterior padecí efectos secundarios con dolores y molestias, hecho que también hay que tener en cuenta.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sin dudas.

Muchas gracias. Les agradecemos la presencia y la información suministrada.

(Se retiran de sala los representantes de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay y de la Fundación Salud del Sindicato Médico del Uruguay).

(Ingresan a sala los representantes de funcionarios de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social).

—Agradecemos la presencia de los representantes de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social señor Víctor Olmos y las señoras Verónica Miranda, Silvia Lema, Natalia Argencio y Graciela Melgarejo, y a las dos mamás que se sumaron por haber solicitado entrevista, señoras Nibia Etcheveste y Cristina San Martín.

Les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR OLMOS.- Buenas tardes, soy el presidente de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social. Primero que nada, agradecemos el recibimiento porque sabemos que en estos momentos los señores senadores tienen por delante arduas tareas, no solo por la Rendición de Cuentas, sino por un montón de cosas más que no son menores para el pueblo y la sociedad en su conjunto.

Nosotros entendemos que no podemos dejar pasar esta oportunidad para que a través de los señores senadores se haga una intervención oportuna ante los directores políticos del Banco de Previsión Social, más que nada porque son los senadores quienes les han otorgado la venia a estos directores para que representen al Poder Ejecutivo. Como es sabido, la venia es el permiso que da el Senado a los directores para actuar. Por lo tanto, a los señores senadores les corresponde controlar lo que está realizando el Directorio del Banco de Previsión Social.

Desde nuestro punto de vista, el accionar está perjudicando a una franja importantísima de nuestra sociedad, que es la más vulnerable y la que tiene mayores problemas de acceso a la salud, a la eficiencia y a la calidad de los servicios, que han caracterizado al Banco de Previsión Social como una de sus mejores prestaciones a nivel de lo que es la previsión social.

En su momento mis compañeras les comentarán por qué nos referimos a que hay una falla grave en la gestión. Como dice su nombre, el Banco de Previsión Social debe prevenir y en este momento, entre otras cosas, no está previendo ni actuando en función de las coberturas que se deben brindar a este sector de la población. Como sabrán, más que nada nos referimos a defectos congénitos, enfermedades raras y un sinnúmero de discapacidades que atiende el Banco de Previsión Social mediante diferentes servicios, a través de las prestaciones de seguridad social entre las que se encuentra la cobertura de salud de estas patologías. Reitero que entendemos que los señores senadores tienen una primerísima obligación para tratar de acercar a las partes. Nos referimos a la asociación de trabajadores que representa a los trabajadores y es un actor principal a nivel social en materia de seguridad social. Somos trabajadores que estamos en la primera línea y mostramos la acción política y social del Banco de Previsión Social a toda la población. Por tanto, entendemos justificadamente —no nos lo arrogamos— que tenemos mucho para decir sobre cómo actuar de la

mejor manera posible en estas situaciones que se nos presentan diariamente en el contacto con la población.

La secretaria general va a hacer un *racconto* sobre la situación y el resto de las compañeras irán aportando elementos para que los señores senadores comprueben que —más allá de que siempre tenemos algún reclamo vinculado, sobre todo, al servicio, sabrán por la prensa de la huelga en alguno de nuestros servicios, particularmente en el de ginecólogos que se ha extendido a otras ramas de la profesión médica— debemos acercarnos para alcanzar la mejor solución en favor de los usuarios.

SEÑORA LEMA.- Venimos a manifestar una situación distinta a la que nos trajo el año pasado cuando se planteó el cierre del Sanatorio Canzani. ¿Por qué decimos que venimos en una situación distinta? Porque después de 110 días de conflicto y de establecer una mesa de negociación en la órbita más alta posible como es el Ministerio de Salud Pública, en una resolución del 26 de abril el ministerio laudó la situación del área de la salud del Banco de Previsión Social acompañando y reforzando las ordenanzas anteriores, dictadas en el entendido de que en esta nueva etapa se volvía a restablecer la reinserción especializada de los servicios de salud en el Sistema Nacional Integrado de Salud. El Banco de Previsión Social no viene a hacer más de lo mismo, sino a integrarse al Sistema Nacional Integrado de Salud con una función especializada en el área específica de la atención de pacientes con defectos congénitos y enfermedades raras.

En ese proceso de negociación el Sanatorio Canzani venía atravesando un proceso de reconversión en el que se negoció a un alto precio para los trabajadores. En ese proceso, como integrantes del movimiento sindical, comprendimos que existía un interés superior que era generar una maternidad única para Montevideo y que el futuro de este servicio del Sanatorio Canzani era potenciar el sector de internación del Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras, además de desarrollar la policlínica de alto riesgo social en coordinación con ASSE.

Al mismo tiempo, el señor ministro entendió el debe que tiene la política pública con respecto al área de rehabilitación, en virtud de que tenemos servicios parciales o los servicios parciales públicos no dan cuenta de las necesidades de atención. Para ello estimó, en un cuarto punto de este acuerdo, estudiar la posibilidad de que el BPS desarrollara un centro de rehabilitación, dado que cuenta con mucho dinero invertido en prestaciones que están desarticuladas unas con otras.

Este fue el acuerdo que se laudó el 26 de diciembre de 2016 y hoy partimos de allí. ¿Cuál es la problemática que se presenta? Que en este año y medio que se ha transitado desde el 26 de abril de 2016, lo único que hizo el BPS fue cerrar la maternidad, lo que supone que todo un sector de médicos y parteras quedó haciendo las guardias, pero sin tareas. Reitero que continúan cumpliendo su función y haciendo las guardias, pero no tienen tareas asignadas y no se cumplió con las áreas de potenciamiento que, básicamente, suponían poder desarrollar la policlínica de alto riesgo social con un objetivo muy claro: disminuir las cifras duras que afectan al área materno infantil de vulnerabilidad social —donde tenemos un alto índice de nacimientos con prematurez— y potenciar la policlínica de estudio perinatal del *Screening* del Primer Trimestre. Esto significa, nada más y nada menos, la posibilidad de realizar a las embarazadas de todo el país el *Screening* del Primer Trimestre para detectar la alteración cromosómica.

Estos dos objetivos de desarrollo de la policlínica de alto riesgo y de la Umefepe —Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal— podrían haber sido cumplidos por el BPS durante este año y medio. De hecho, los servicios no se desarrollaron, pero no por falta de recursos porque ya están asignados a un sector que cerró. De alguna manera, vemos que hay una contradicción muy fuerte en el diligenciamiento de esta gestión de la política pública. No solo creemos que hay una contradicción sino que, además, va a menos en la efectivización de los derechos, porque podemos afirmar que hoy contamos con todas las capacidades para el desarrollo del *Screening* del Primer Trimestre y podríamos llegar al cien por ciento de las embarazadas, con el costo social y emocional que ello significa, ya que tenemos la posibilidad de brindar todas las condiciones para que las personas puedan decidir, planificar y prepararse para una situación adversa que pueda surgir. Sin embargo, actualmente solo estamos llegando al 15 % de las embarazadas y hace un año y medio que venimos con retraso; es decir que podríamos haber llegado al 100 % de ellas.

Hace dos semanas exactamente que se dio el cambio en las condiciones de trabajo para los médicos ginecoobstetras que estuvieron un año y medio haciendo guardias sin partos y, además, estamos frente a una huelga. ¿Por qué? Porque existe falta de negociación con el BPS debido a una imposición de determinadas condiciones horarias que son imposibles de cumplir y tampoco son necesarias a los efectos del desarrollo del servicio. De alguna manera se está promoviendo el conflicto, la renuncia y que no se desarrolle el servicio en lugar de generar una mesa de negociación. En realidad, estamos en peores condiciones porque ni siquiera podemos llegar al 15 %. Inclusive, sabemos que en estas dos semanas hay una cantidad de mujeres que ya llegaron a las once semanas, a las que se les debería haber aplicado el *Screening* del Primer Trimestre, pero no se ha hecho. Esto es grave porque de alguna manera afecta las condiciones de trabajo, pero básicamente impide el acceso a un derecho, al gerenciamiento de una política pública que se debería desarrollar. Esta es una parte central del potenciamiento del centro de referencia nacional. La otra parte central es la posibilidad de captación temprana de todas las personas con defectos congénitos y enfermedades raras. De hecho, hay seis grupos de patologías que deberían ser atendidas por el BPS por ordenanza ministerial porque no son cubiertas por el Sistema Nacional Integrado de Salud. Históricamente provienen de la construcción de las asignaciones familiares, es decir, del año 1943. En ese año, en la atención pública de la salud se logró que además de prestaciones económicas, la seguridad social construyera prestaciones sociales y, dentro de ellas, la asistencia en determinadas áreas de la salud. Una de esas áreas eran las malformaciones congénitas y los defectos perinatales. En el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud del año 2008 se universalizó el ingreso y el acceso a la salud, pero no se universalizó ni se profundizó el acceso de estas patologías específicas al sistema. Muchas de estas patologías no tienen una cobertura total por parte del sistema, ya que implican costos y problemas de accesibilidad. El BPS justamente plantea accesibilidad sin costos, universalidad y gratuidad en esa asistencia.

Entonces, hay un problema de retroceso porque solo hay seis grupos que se están atendiendo hoy en el BPS. En segundo lugar, ni siquiera dentro de esos seis grupos están ingresando todos los pacientes.

En los últimos días todos nos enteramos de que a una niña le fue robada una alcancía en una panadería. Se dijo públicamente que se le había robado una alcancía en la que se juntaba dinero para una intervención quirúrgica. A la niña □que hoy tiene cuatro años□ a la que le fue robada la alcancía, hace cuatro años que le robaron sus derechos. Digo esto porque esta niña, que tiene una malformación congénita, debería haber ingresado al BPS y tener la cobertura de la medicación que el prestador integral no le da y que la madre debe comprar mensualmente. Asimismo, esa niña debería tener la cobertura de la cirugía, que no le va a curar su enfermedad pero que le va a mejorar la sintomatología; ya tenemos a otros niños en esa misma situación. Además, debería tener cubierta el área de rehabilitación a través de las ayudas extraordinarias que brinda el BPS y por la atención que le corresponde por incapacidad. Ninguna de estas prestaciones que le posibilitarían ejercer su derecho, las tiene cubiertas. La neuropediatra que la atendió en el prestador de salud no la derivó al sistema de seguridad social del BPS sino a un consultante, quien sugirió hacerle una intervención quirúrgica que no cubre el Sistema Nacional Integrado de Salud ni el Fondo Nacional de Recursos. A raíz de ello, la madre inició la colecta. Por eso decíamos que antes de que le robaran la alcancía, le habían robado sus derechos. Hoy intervino el Ministerio de Salud Pública y esa niña ingresó al BPS, pero no podemos construir una política pública en este proceso de captación en el uno a uno.

Entonces, de alguna manera venimos a poner en conocimiento la situación en que se está. Tenemos la posibilidad de universalizar derechos pero nuestra inacción, de algún modo, lleva a que eso no se efectivice. En salud, lo que no se hace hoy es tiempo perdido porque no lo podemos recuperar mañana. Entonces, si bien venimos porque hoy está instalado un conflicto de un sector particular al que se le cambian las condiciones de trabajo, también lo hacemos por un interés superior: el desarrollo de un determinado servicio que es parte de una política pública □ni más ni menos que la seguridad social□ que hemos conquistado a lo largo de muchas décadas de construcción social y nacional, porque no es propiedad de un sector ni de una parte de la sociedad, sino de toda la construcción social del Uruguay. Por tanto, nos parece que de alguna manera tenemos que actuar para poder revertir esta situación, porque hay decisiones tomadas que se tienen que cumplir.

SEÑORA ARGENCIO.- Por mi parte quiero hacer un redondeo antes de pasar a las ponencias de los familiares y de los técnicos que nos acompañan hoy.

Como ya se expuso, el rol que tiene la seguridad social en lo que respecta a la atención de la salud es el de cubrir las contingencias que se presentan con respecto a las malformaciones congénitas y a la vulnerabilidad social, entre otras. Así lo entendió el Ministerio de Salud Pública cuando dimos la lucha el año pasado que fue claramente expuesta aquí por parte de Silvia Lema. El 26 de abril se logró este acuerdo que contiene cuatro puntos relativos a planes estratégicos —es decir que son titulares— que se deben desarrollar para que realmente llegue esta prestación a quien más lo necesita, que es el usuario. Estos puntos fueron ordenados del uno al cuatro. Cuando se empieza a transitar la visión de incorporar la seguridad social al Sistema Nacional Integrado de Salud, el ejecutivo nacional dijo que era mejor cerrar la maternidad del Sanatorio Canzani por la calidad de atención que se quería brindar y porque por un tema de eficiencia era mejor tener una maternidad única. Fue en ese entendido que se tomó esa decisión a nivel del Ministerio de Salud Pública, en conjunto con las autoridades correspondientes. Ahora bien, debe tenerse claro que ese era el segundo punto de este acuerdo, pero por algo el ministro de salud pública, rector en materia de salud, puso como primer punto que se mantuviera la atención de la policlínica de alto riesgo social con un enfoque materno-infantil.

Como también dijo Silvia Lema, sigue existiendo una brecha en el Sistema Nacional Integrado de Salud en lo que respecta a la atención de los embarazos en los sectores público y privado. Esa brecha redunda en situaciones de prematurez y de embarazo adolescente no deseado, lo que hoy fue definido por el Ministerio de Salud Pública del período 2015-2020 como el problema prioritario.

Siguiendo esa línea y, además, creyendo en la profundización del subsistema público para potenciar y brindar la accesibilidad que tanto necesitan estas mujeres embarazadas, es que se incorporó este punto —reitero que es simplemente un título— del desarrollo de la policlínica materno-infantil de alto riesgo social. La idea era que esta insterinstitucionalidad fuera construida por el Mides para poder solucionar realmente el problema de la captación de las embarazadas que no asistían; por ASSE, que era donde estaban las usuarias que no se estaban captando; y por la policlínica del BPS, que tenía los profesionales y podía brindar en un solo día la respuesta biopsicosocial requerida, además de contar con ecógrafos y laboratorios. ¿Qué pasó? De estos cuatro puntos, el BPS pasó directamente al segundo, que era el cierre de la maternidad. Este acuerdo se concretó el 26 de abril de 2016 y el 1.º de junio el BPS decide el cierre de la maternidad, lo que se ejecutó solamente cerrando la puerta del Sanatorio Canzani y refiriendo los partos al Pereira Rossell. Pero si lo analizamos solamente desde el punto de vista de la gestión, les puedo decir que adentro quedaron todos los ginecólogos, todas las parteras y los especialistas sin función, sin ser redireccionados, sin el proyecto a donde debían ser redireccionados y sin el desarrollo de la Umefepe —Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal— que sigue en una eterna primera etapa, beneficiando solamente a usuarias del área pública de Montevideo y la zona metropolitana.

Esto es lo que estamos denunciando hoy: ¿está bien que se cierre la maternidad pero que todos los equipos de ginecólogos y parteras queden sin funciones reasignadas? ¿Está bien que se vulnere el derecho de atención de toda esa gente para la que, como señalan los indicadores, hay una brecha? ¡El ministerio laudó que era necesario que pasaran a ser atendidos en esa policlínica! Se habla de la detección precoz de malformaciones para contrarrestar la mortalidad infantil y de que en la última década ha bajado un 30 %, ubicándonos hoy en un 7,4 %, pero eso es en relación con todas las políticas sociales que se han implementado en prevención. Sin embargo, en lo que respecta a defectos congénitos, la mortalidad infantil sigue estancada desde hace treinta años entre un 25 % y un 30 %. La Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal, precisamente, iba a cubrir esa contingencia. Así fue valorado por el Ministerio de Salud Pública y así se hizo la ordenanza.

Todo este resumen habla de que en el marco de la política sanitaria se está analizando cuál es el camino para llegar a la solución y de que la seguridad social va a interceder en estas contingencias, porque el Sistema Nacional Integrado de Salud está destinado a lo macro, a cubrir la integralidad de la atención y a brindar una cobertura universal. Pero cuando se trata de contingencias se requiere profundidad en la cobertura, atención de equipos, atención especializada. Pues está en este acuerdo por el que el ministerio dispone que el BPS se ocupe de ello; pero el BPS no lo hace.

Entonces, esa es la pregunta. Sin embargo, si el BPS fuera citado y se le preguntara, la respuesta sería que sí, que se está potenciando el Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras. Pero me pregunto por qué hay una alcancía para una niña, por qué en Bella Unión cualquier médico no sabe que los pacientes con enfermedades raras y defectos

congénitos pueden ser referenciados a este centro para que reciban un buen control, una buena prevención y una mejor calidad de vida, que es lo que buscamos en estos casos, ya que los defectos congénitos no se curan. Eso es falta de control, pero el BPS manifiesta que se está potenciando.

Todos somos testigos de que se está construyendo una piscina con los dineros públicos de todos nosotros. ¿Dónde se ha hecho esa denuncia? Me duele en el alma, como trabajadora de la salud, pero también como ciudadana, porque son dineros públicos. Pregunto: se vulneran derechos, pero, ¿para quién? ¿Dónde está el proyecto? Antes de que se empezara a construir la piscina tendríamos que haber sabido quién sería el beneficiario, quién podría ser rehabilitado. ¿Cómo van a hacer esos pacientes que hoy no disponen de un sistema de rehabilitación, como el de la hidroterapia, tan necesaria para ellos?

Pero se está construyendo la piscina. Pusieron la carreta delante de los bueyes, como le gusta decir a una compañera.

En resumen, del 1.º de junio de 2016, fecha en que cerró la maternidad, los ginecólogos siguen sin una función reasignada, porque este punto número 1 referido a la policlínica de alto riesgo requería de un acuerdo entre ASSE y el BPS. Así lo dijo el señor Ministro de Salud Pública: se debería haber hecho un acuerdo de complementariedad de cuentas corrientes, pero no se hizo. ¿Cuántos son los tiempos políticos que pueden pasar?

Todo ese camino de postergaciones hoy nos sitúa en lo siguiente: el BPS dice que los ginecólogos no pueden seguir más de guardia nocturna, sino que van a pasar a trabajar 30 horas de lunes a viernes. Sin embargo, siguen sin funciones, porque esta policlínica no se potenció, no se hizo el acuerdo con ASSE y la Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal tampoco.

Entonces, caemos en esa ineficiencia del funcionario público sin función, sin hacer nada, cuando deberían estar atendiendo a todos esos pacientes de toda el área de la salud que hoy no tienen cobertura. Pero no es solo la situación del ginecólogo sin función, sino la situación de una muy, muy, muy desordenada gestión del área de la salud.

Quiero cerrar, refiriendo la situación de los ginecólogos, que al día de hoy están cumpliendo 16 días de huelga. El viernes salió una declaración en la prensa de la doctora Rosario Oiz, que es la encargada del área de la salud del BPS, en la que decía claramente que si bien se están resintiendo los servicios, no estamos teniendo problemas asistenciales. No puedo decir que eso denote un lamentable desconocimiento, porque en realidad ella tiene un staff de asesores en materia de salud, ya que ella es escribana y abogada, y en materia de salud la tienen que asesorar. Pero la huelga lleva días y no contamos con especialistas para el diagnóstico materno infantil ni tenemos la posibilidad de hacer ecografías para llegar al S*creening* del Primer Trimestre. Somos el único lugar que brinda el diagnóstico prenatal, o sea la punción y lo que es el estudio cromosómico. Pero en el caso de aquellas pacientes que se hicieron el *screening* y les dio riesgo alto de tener un feto, por ejemplo, con síndrome de Down, o síndrome de Edwards o de Patau, que son incompatibles con la vida, no hay especialistas para llegar al diagnóstico oportuno. Igualmente, la doctora dijo que no hay problemas asistenciales. ¿Qué pasa entonces? Si la niña de la alcancía no salía en la tele, quizás podíamos decir que no hay problemas asistenciales y que se está potenciando el Crenadecer. Hay otra realidad, pues cuando se habla de potenciar no se habla solamente de los títulos. Se debe desarrollar un proyecto de gestión que diga a quién va a beneficiar y con quién, y se deberá tener equipos de trabajo organizados. Entonces, el Crenadecer no puede tener solamente una genetista, que atiende de repente en el equipo de enfermedades raras a cuatro pacientes por semana, debido a las largas listas de espera. La angustia que se vive en esta situación es mucha y hay una brecha muy grande entre lo que es el plan estratégico y lo que le llega realmente al usuario y cómo se está administrando hoy la salud dentro de la seguridad social.

SEÑOR CARÁMBULA.- Pido excusas para retirarme, pero como es sabido teníamos previstas otras actividades en otras comisiones y por la premura del tema se decidió recibir a esta delegación. Hemos escuchado atentamente y en lo personal he tenido la posibilidad de reunirme con los padres. Esto no quiere decir que estemos de acuerdo con todo lo que escuchemos, ya que naturalmente eso es de

reserva de cada legislador. Habiendo escuchado a las autoridades y a los delegados del sindicato, debo excusarme, como dije, pues me debo retirar debido a otros compromisos parlamentarios.

SEÑORA ETCHEVESTE.- Representamos a las mamás de 1.500 pacientes con defectos congénitos. Nuestro gran tema no es solamente que no se está potenciando, sino que lo que ya teníamos se está viniendo a menos. La doctora dijo que no tenemos problemas asistenciales, a pesar de que ya nos faltan cinco especialistas que se jubilaron desde 2015 a la fecha y no se han cubierto los cargos nuevamente. Los chicos que tienen problemas de piel —que tienen piel de cristal, como se conoce comúnmente— no tienen dermatólogo, por lo que hace más de seis meses se están derivando al Hospital Pereira Rossell. ¿Eso no es un problema asistencial? Un niño que tiene el derecho a atenderse con la cobertura del BPS desde que se inauguró Crenadecer no se está pudiendo atender con los especialistas y el personal capacitado para su enfermedad. No se trata de cualquier enfermedad de la piel, sino que es una enfermedad que tiene llagas, que genera grandes bacterias y, por tanto, corre grandes riesgos atendiéndose en el Pereira Rossell, donde tiene que esperar horas para la atención y el centro edilicio no está adaptado para estos chicos. A pesar de esto, el cargo no se cubre y no tenemos respuesta. También hay medicación que está faltando hace ya ocho meses, seguimos preguntando y no nos dan respuesta de qué sucede; se nos dice que todavía no tienen, que no saben, que está trancada y ahora ya no saben qué pasa con la medicación. No se nos da respuesta de parte del BPS y la directiva toma decisiones unilateralmente y no las comunica. Eso nos sucedió con el tema del cierre del sanatorio, pues nos enteramos cuando ya estaban modificando. O sea que un día íbamos a ir a la puerta y nos iban a decir que teníamos que ir para otro lado, porque no hay comunicación hacia los usuarios. Estos son pacientes cuya vida no solo es complicada, dura y difícil de llevar por los largos tratamientos que deben hacer, sino que tienen enfermedades mortales. Entonces, no podemos jugar hoy a probar si los atiende este médico o este otro y si les sirve o no, porque cada mala praxis realizada en estos niños o jóvenes puede implicar que vivan menos o que les colapse un pulmón y después tengan que recurrir a un trasplante.

No estamos hablando de que vamos a probar o a cambiar. No es así, tenemos un centro que funcionaba bien y era un ejemplo para Latinoamérica, entonces, ¿por qué estamos dejándolo venir a menos? Además —como decía una compañera—, nosotros como papás nos preguntamos cómo es posible que estén dejando venir a menos el centro y al mismo tiempo estén creando una piscina para rehabilitación. Si hay problemas de presupuesto y no tienen médicos, no entendemos cómo están haciendo una piscina.

Para nosotros es angustiante y horrible ver cómo no obtenemos respuestas y cómo falta la medicación, que es muy importante porque es para que los niños asimilen la comida. Estos son niños que comen pero que si no toman esta medicación es como si no lo hicieran; es como comer y no comer. Entonces, estás arriesgando el peso de estos chicos y exponiéndolos a que se desnutran; con problemas respiratorios la desnutrición es mucho más rápida.

Me parece que la respuesta tendría que ser ya y no implica solamente decir que no tenemos problemas asistenciales, como se dijo hoy. Como mamá no me pueden decir que no tengo problemas asistenciales cuando tengo un niño que tiene un deterioro pulmonar severo y pasa más internado en el sanatorio Canzani que en mi casa. Me doy cuenta que están faltando los médicos y, por lo tanto, tengo problemas asistenciales.

SEÑORA SAN MARTÍN.- Solo quiero dejar planteadas algunas preguntas.

¿Cómo puede ser que se asuman compromisos frente a funcionarios, pacientes y padres del Crenadecer y no se cumplan en absoluto? ¿Cómo puede ser que se desmantele un centro del que no puede prescindir un grupo de la población que tiene derecho a vivir dignamente, como todos en este país? ¿Cómo puede ser que en un país con un presidente padre y médico, tengamos una y otra vez que salir a los medios, con el dolor que esto nos implica, a luchar por la vida y los derechos de nuestros hijos?

SEÑOR GARÍN.- Quiero hacer algún planteamiento.

En particular he escuchado con bastante atención todo lo que han estado relatando nuestros visitantes respecto a este convenio del 2016 y sus interpretaciones. Ese convenio está firmado por la asociación de trabajadores, el Ministerio de Salud Pública, ASSE y el Banco de Previsión Social, que son sus suscriptores.

A la vez quiero decir que nos han planteado, con mucho detenimiento y precisión, algunas interpretaciones de lo que ha sido la evolución de este convenio y esa es la visión que tienen. Por nuestra parte, tomamos nota y nos vamos a permitir analizar esto, después, con más detenimiento. Debo reconocer que no soy médico y, entonces, algunas cosas que se han dicho y, a veces, hasta el vocabulario utilizado me hace perder el razonamiento. Pido las disculpas del caso por no poder seguir el planteo tan sobre la marcha, pero como queda constancia de él en la versión taquigráfica, después podemos volver sobre ella y estudiarlo.

Lo que quería dejar planteado, especialmente al presidente, es que aquí hay cuatro suscriptores de un convenio que tiene un año y medio y que hoy escuchamos las expresiones de uno de ellos. Entonces, pienso que podríamos mandar esta versión taquigráfica a los otros tres suscriptores que forman parte del convenio y pedir a cada uno de ellos algún informe escrito de la percepción que tienen sobre lo que nos han planteado hoy nuestros visitantes y, eventualmente, sobre algunas visiones que seguramente tienen sobre este convenio y la suerte que ha tenido. Especialmente quisiéramos saber cuál es la perspectiva porque ahí es donde podemos tener más chance de abordar el tema y además □y aquí voy al punto□ es posible que sea la forma de ver cómo están algunos compromisos que da la sensación que se han debilitado o, por lo menos para algunos, no son claramente perceptibles. Apuntamos a ver si hay señales de que esto va en el sentido del compromiso asumido o si estamos en una situación en la que se está debilitando el camino y hay que tomar medidas correctivas a la mayor brevedad posible. No estoy dando una respuesta concreta, pero sí quiero dejar planteado que nos interesa conocer las otras visiones porque, entre otras cosas, esta es una construcción que inevitablemente tiene que pasar por recibir todas las opiniones. Esto lleva un año y medio de tránsito y como ustedes dieron su visión tenemos que escuchar las otras, porque es la manera de construir una salida ecuánime que no deje fuera ninguna perspectiva que haya que tener presente.

SEÑORA MELGAREJO.- Soy ginecóloga y vengo a plantear junto con los trabajadores de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social nuestro problema que va de lo particular a lo general.

En el año 2006 empezó el proceso de desmantelamiento de la maternidad. Era la segunda maternidad del país □tal como fue valorado por nosotros, los ginecólogos□; tenía diez nacimientos por día y concentraba embarazos de alto riesgo porque se derivaba del interior del país pacientes usuarios de BPS que tenían problemas, sobre todo de prematurez, malformaciones y otras patologías médicas. Existía un equipo de gente formado por ginecólogos de experiencia cuando se contrataba el servicio de un CTI neonatal afuera, lo que es conocido por la gente del medio. Las usuarias iban pasando paulatinamente □por la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud□ al Fonasa, al otro sistema, y nosotros sabíamos de ese proceso. Se hicieron varias propuestas al respecto desde las autoridades y trabajadores para evitar el cierre, para tener población. Se había llegado a la conclusión de que podíamos atender pacientes de ASSE que tuvieran vulnerabilidad social, y se celebró un convenio con el programa Uruguay Crece Contigo lo que determinaba que la maternidad podía seguir funcionando. De todas formas □como se planteó acá□ se llegó a eso después de tratar de trasladar todo el sanatorio al Hospital Policial, en diciembre de 2015, en un ejemplo de lo que sería una mala gestión porque, por ejemplo, en el servicio de ginecología no sabían que nosotros, que éramos un grupo de 15 ginecólogos, íbamos a ser trasladados, era una novedad para el jefe de servicios del otro lugar. Eso se frenó por el movimiento que se dio a nivel social, político y de los trabajadores; hubo toda una movida para evitarlo. Pero, en mayo de 2016 dejaron de haber partos en el sanatorio Canzani y las pacientes que consultaban tenían que ser trasladadas. Hasta junio de 2017 los ginecólogos que hacíamos guardia no tuvimos cambios de función. Hicimos varias propuestas que no fueron aceptadas como, por ejemplo, pedir cambios a sectores que sí tenían trabajo como la Unidad de Medicina Prenatal, que recibe pacientes públicas y privadas y, por lo tanto, tiene un volumen de gente importante. En la policlínica de alto riesgo, el convenio que está sin firmar prometía 1600 pacientes mensuales de ASSE con vulnerabilidad social y, además, el equipo formado por ginecólogo, asistente social, psicólogo, endocrinólogo, nutricionista, □incluida una ecografía en el mismo día□ hematólogo, infectólogo, podía

ver a la paciente en un solo día, cosa que en el mutualismo todos sabemos no funciona así porque todos trabajamos en otros lados. El asunto es que esto no llegó y hay pocas pacientes en la policlínica de alto riesgo. El servicio de ecografía, que es el otro que anexaba a estos dos, es el que está funcionando.

Desde diciembre de 2016 existe una resolución que nos quiere obligar a cumplir 30 horas presenciales semanales, lo que en el derecho privado es casi un despido indirecto, porque tenemos que abandonar los otros puestos de trabajo para poder cumplir ese horario. Quiere decir que, por ejemplo, en mi caso que hace más de 10 años que tengo concentrado un horario en guardias, me tengo que adaptar a la nueva realidad. A partir de diciembre en adelante se hicieron propuestas en la Dinatra, que no fueron aceptadas. Por lo tanto, llegamos a este punto donde no podemos negociar, donde estamos de huelga la mayoría de los ginecólogos y se desconoce que hay un problema asistencial. Esto es lo que está planteado y lo que sale en la prensa, y si van al sanatorio van a poder ver que, realmente, hay un problema asistencial, aunque no haya más guardias hay policlínicas. Esto es lo particular, lo que me toca a mí.

Esta misma delegación habló con el ministro Basso, quien dijo que iba a formar una mesa de trabajo, pero la estamos esperando. El próximo martes estamos citados en la Dinatra, ya fuimos dos veces, pero tenemos esperanzas de que podamos llegar a negociar algo diferente. Vuelvo a insistir que esto es un problema particular, pero desde hace años nosotros estamos denunciando el desmantelamiento del lugar. Más allá de perder una fuente laboral como trabajador, como ginecólogo y como médico, se pierde un derecho para la población más vulnerable, porque en este lugar tienen una buena asistencia con respecto a la salud materno infantil, el diagnóstico prenatal de malformaciones y el tratamiento y la asistencia de pacientes —tanto niños como adultos— con enfermedades raras.

Este es un poco el resumen, no es solamente una reivindicación de un grupo de trabajadores, lo venimos diciendo desde hace tiempo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Ya hemos tenido reuniones bilaterales, por lo tanto vamos a solicitar a la secretaría que elabore una nota con la propuesta del señor senador Garín junto con la versión taquigráfica y pidiendo que respondan a la brevedad.

SEÑOR OLMOS.- Queremos destacar en esta reunión lo que dijimos al comienzo: la función de contralor del Poder Legislativo es fundamental para la buena gestión de los servicios públicos. Entendemos perfectamente que el Senado no tiene por qué escuchar una sola campana, que en este caso es la de las madres beneficiarias y la de un sindicato de trabajadores de una de las instituciones involucradas en el convenio. Nos parece correcto que se pidan las otras opiniones, lo que entendemos fundamental es que la función de contralor de parte del Senado, que otorgó la venia a los directores políticos, no se está realizando. El hecho de que el Banco de Previsión Social desconozca una ordenanza ministerial que deja sin atención a un sinnúmero de pacientes con una enfermedad compleja, es como decir que mira para el costado. Nos parece que está omiso aquél que da una venia y otorga un poder para que alguien actúe, en función de la solicitud que se le hace y en este caso es salud pública. Cuando las madres dicen que no contamos con pediatra o dermatólogo, están diciendo que no se está cumpliendo con lo que establece la ordenanza del ministerio para las enfermedades raras como la epidermólisis ampollar o piel de cristal que debe ser atendida en el Demequi y en el Crenadecer. Por lo tanto, el BPS está incurriendo en la violación de un derecho a pesar de tener una orden ministerial para hacerlo; por eso, repito, pedimos que el Senado intervenga.

SEÑORA LEMA.- El BPS no entra directamente en la rendición de cuentas pero sí el Ministerio de Salud Pública. Hemos leído la rendición de cuentas y a lo mejor este sea un aporte oportuno, tómenlo de esa forma, porque en el inciso de salud pública una de las cuestiones que se establece es la reasignación o redefinición de las funciones de la Dirección General de Coordinación que verán que es justamente el área que tiene que coordinar estos servicios. Si los señores senadores visualizan donde se habla en profundidad de la reasignación de lo que son las direcciones departamentales a esa área y el conjunto de objetivos estratégicos de la coordinación del Sistema Nacional Integrado de Salud nos parece que está quedando afuera, justamente, lo problemático, los servicios de salud que hoy, de alguna forma, no están integrados; por lo tanto, desde la Dirección General de Coordinación debería promoverse la forma de cómo ingresarlos al sistema. De hecho, el área de la salud del BPS sería parte

de esa coordinación, pero si visualizan la formulación de la rendición de cuentas verán que no aparecen los servicios que no corresponden a ASSE o al mutualismo. El BPS es uno de ellos y debería estar dentro de la órbita de una dirección general de coordinación de servicios de salud. Nos parece que eso es así porque, por un lado, generamos una ley madre que es la que articula funciones para algo tan importante como es la Dirección General de Coordinación del Ministerio de Salud Pública y, por otro, dejamos fuera justamente los problemas que la Dirección General de la Salud debería implementar y articular fuertemente junto con los otros, por supuesto, ¿no?

SEÑOR PRESIDENTE.- Si nadie desea hacer uso de la palabra, les agradecemos mucho la presencia.

Se levanta la sesión.

(Son las 16:56).